

Bacheloroppgåve i sjukepleie



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

kandidatnummer: 48

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarleg/Vegleiar: Linda Rykkje

# Vil livet bli det samme etter ulykka?

## Eit litteraturstudium



”Kva er gunstig og ugunstig i møtet med ein kriseramma? Stanse tårer, eller oppmuntre til gråt? Snakke om noko anna eller det som har skjedd? Kva er for lite, kva er for mykje?”  
(Cullberg, 1997,s.141)

Vegleiar: Linda Rykkje

Antall ord: 8514

## Sammendrag

**Tittel:** Vil livet bli det same etter ulykka?

**Bakgrunn og hensikt:** ”Korleis kan sjukepleie bidra til at pasienten meistarar opplevinga av akutt kritisk traume?” Denne problemstillinga gjev muligheita til å finne kva sjukepleiarar kan gjere for å gje pasienten betre føresetnad til å meistre denne plutselige situasjonen han er komen opp i. Det vert fokusert på kva kommunikativ hjelp som kan gjevast for å forhindre psykologiske seinvanskar.

**Metode:** Det er brukt ein systematisk litteraturstudie, som resulterte i funn av fire relevante artiklar.

**Resultat:** Ein artikkel har fokus på det positive, som endra personleg livsperspektiv ved å gjennomgå ei traumatisk hending. Samanhengen mellom Posttraumatisk stress disorder (PTSD), depresjon og angst i forhold til livskvalitet vert belyst i ein artikkel. Effekten av psykologisk behandling av PTSD og tidlege symptom for å utvikle PTSD kjem fram i dei to resterande artiklane.

**Konklusjon:** Det er vesentlig å byggje eit godt forhold mellom sjukepleiar og pasient og å kommunisere om hendinga slik at pasienten får muligheit til å lette på trykket. Dette gjev samstundes sjukepleiar eit bilete av korleis han meistarar situasjonen. Å bidra til motivasjon og håp, og planlegge rehabiliteringsmål saman med pasienten er gunstig i fleire tilfelle der pasientar sjølv ikkje ser ein utveg. Identifikasjon av, og informasjon om symptom på PTSD i tidleg fase er viktig for å redusere psykologiske seinvanskar og motivere pasienten til å kontakte helsevesen ved behov.

## Summary

**Title:** Will life be the same after the accident?

**Background and purpose:** “How can nursing contribute to the patients managing of the experience of acute critical trauma?” This way of stating a problem gives the possibility to find what nurses can do to give the patient a better possibility to manage this sudden situation he is in. The report is focused on communicative help that can be given to provide for long term psychological problems.

**Method:** A systematic study of literature is used, based on results from four relevant articles.

**Result:** One article focused on positive aspects of facing a trauma, like a new personal perspective of life. The connection between post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, and anxiety in relation to the quality of life is described in one article. The effect of psychological treatment of PTSD, and early symptoms to develop PTSD is highlighted in the other two articles.

**Conclusion:** It is essential to build a good relationship between the nurse and the patient, and to communicate about the trauma in a way that helps the patient to lighten the load. At the same time, communication gives the nurse a clearer picture of the patient's way of dealing with the situation. To contribute motivation and hope, and to plan an aim of rehabilitation in connection with the patient is often favorable if the patient himself does not find a way out. Identification of, and information about symptoms of PTSD in an early stage is important to reduce psychological problems in the future, and to motivate the patient to contact the health system when needed.

## Innhold

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling og oppgåvefokus .....	1
1.2 Avgrensing av oppgåva .....	2
2.0 Teori.....	4
2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori .....	4
2.2 Kommunikasjon og meistringsstrategiar i krise .....	5
2.3 Krise .....	6
2.4 Psykososiale behov.....	7
2.5 Forklaring av sentrale omgrep.....	8
3.0 Metode .....	9
3.1 Litteraturstudie som metode .....	9
3.2 Framgangsmåte for søk.....	10
3.3 Metodekritikk og etisk vurdering .....	11
3.4 Vurdering av inkluderte studiar .....	13
4.0 Resultat.....	14
4.1 Facilitating post traumatic growth .....	14
4.2 Multiple session early psychological intervention for the prevention of post traumatic stress disorder .....	16
4.3 Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries .....	16
4.4 Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory .....	17
5.0 Drøfting.....	17
5.1 Meistringsstrategi og kommunikatv motivasjon .....	17
5.2 Eksistensielle spørsmål og sosiale behov .....	19
5.3 Å motivere til eit mål og framtidsretta syn .....	21
5.4 Psykologiske seinvanskar og kommunikasjon .....	23
5.5 Sjokkfase og tilrettelegging for eventuell vidare behandling.....	24
6.0 Avslutning.....	26
7.0 Kjelder.....	27
7.1 Teori.....	27
7.2 Artiklar .....	28
7.3 Bilete.....	28

**Tabellar og vedlegg:**

Tabell 1: Cinahl: 10.01.2011.....	9
Tabell 2: Ovid: 24.01.2011.....	9
Tabell nr.3: Svemed+: 03.01.11.....	10
Vedlegg 1 Beskriving av resultat.....	27
Vedlegg 2 Beskriving av resultat.....	28
Vedlegg 3 Beskriving av resultat.....	29
Vedlegg 4 Beskriving av resultat.....	30

## 1.0 Innleiing

På verdsbasis tar trafikkulykker 1,2 millionar liv, og skadar 50 millionar per år. (Wang, Tsay, og Bond, 2005) Eg byrjar oppgåva med ein personleg historie:

For åtte år sidan køyrde ein 18 år gammal ungdom på veg til Valdres på hyttetur. Det er april, og russetida set snart i gang for alvor. Russekorta viser bilete av ein sjarmerande og vakker ung mann. Dei vart aldri levert ut. I Geirangertunnelen den dagen fann ein lastebilsjåfør ein krasja bil. Ansiktet til denne unge mannen var bokstavleg talt revet bort, og han ville aldri igjen kunne likne seg sjølv att. Livet hang i ein tynn tynn tråd. Fleire ryggbrot trua førlegheita og hjerneaktiviteten var målt bekymringsverdig låg der han låg i koma dei neste dagane. Men, han overlevde!

Eg er så heldig å få kjenne denne unge mann. Men det som eg undrar meg over er hans enorme livsglede. Ingen andre eg har møtt har ein meir positiv livsinnstilling enn han. I følge han er årsaka til hans livsgnist ulykka. Å miste sitt ansikt og gå igjennom utallige operasjonar for å rekonstruere dei viktigaste funksjonane var ein liten pris å betale for det livet ulykka hadde gitt han. ”Denne ulykka er det beste som har hendt meg!” seier han til folk som spør.

Dette er sterke og overraskande ord som har vert med å inspirere til å skrive denne oppgåva. Mange trafikkoffer opplever store negative psykologiske etterverknadar av ulykka. Etter å ha lese gjennom nokre artikkel- samandrag er eg overtydd om at denne solskinshistoria ikkje gjeld alle. Dette har medført at eg fikk ønske om å finne ut om moglege etterverknadar av traume, særleg trafikkulykker. Eg undrar på korleis framtida vert etter ulukka, og korleis sjukepleiarar gjennom erfaring og kunnskap kan bidra til å gje håp og motivasjon i slike situasjonar. Mi fokus vert difor kva faktorar som kan hjelpe den traumeutsatte på best mulig måte for å meistre eit akutt kritisk traume.

### 1.1 Problemstilling og oppgåvefokus

Problemstillinga er:

**Korleis kan sjukepleie bidra til at pasienten meistrar opplevinga av akutt kritisk traume?**

Gjennom denne problemstillinga vil eg sette lys på korleis sjukepleiarar kan møte pasienten

etter at vedkommande har opplevd ei akutt traume. Ved bruk av ulike metodar og midlar vil sjukepleiarar kunne bidra til at pasienten opplever å meistra det kritiske og opprivande ved å oppleve eit akutt traume. Eg tek i bruk Travelbee sin sjukepleieteori, og bruke hennar meistringsmetodar som utgangspunkt i oppgåva. Hennar teori fokuserer på det psykiske, og sjukepleiar si stønad etter eit akutt kritisk traume omhandlar kommunikasjon. Det er naturleg å rette søkelyset mot framtida, og fokusere på korleis pasienten kan føle håp og nå mål post-traumatisk. Det å fokusere på å førebyggja psykiske lidningar på lengre sikt er og relevant, og oppgåva vil drøfte risikofaktorar med tanke på det.

## 1.2 Avgrensing av oppgåva

For å skape klaring i mine tankar om problemstillinga vil eg definera akutt kritisk traume. Ein akutt situasjon er beskriven som ein situasjon som oppstår uventa og brått. Den er avgrensa i tid, ofte dramatisk og prega av uoversikt og kompleksitet. Kritisk sjuk vert definert som ein svært alvorleg tilstand, som ofte er livstruande (Stubberud, 2010). Eit traume vert definert som ein skadelig påverknad av eit eller anna slag (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2009). Ut i frå dette er akutt kritisk traume i denne oppgåva meint som ein uventa og brå situasjon over eit visst tidsrom, som har skadelig påverknad av eit eller anna slag, og vert opplevd svært alvorleg, og gjerne livstruande for pasienten.

Traume er eit vidt område, og inneberer alt ifrå naturkatastrofar, krig, vold og ulykker til sjukdom. For å gjere denne oppgåva løyseleg må eg avgrense omfanget, sjølv om eg tykkjer mykje hadde vore veldig spanande å skrive om. Med tanke på mengda pasientar innan kategoriane eg har nemnt trur eg vald, sjukdom og ulykker er det me finn mest av i Noreg. Sjølv om eg vel eit tema, tenkjer eg å fokusere på denne pasientgruppa, men ikkje å utelukke heilt relevant litteratur der linjer kan dragast mellom dei forskjellige traume opplevingane. I denne oppgåva har eg valt å bruke ei pasientgruppe som har opplevd å ha vore gjennom ei trafikkulykke. Eg vil ikkje setje lys på dei fysiske skadane gjennom denne oppgåva, berre nemna dei i bisettingar. Sjukepleiar møter traumepasientar helst under sjokkfasen, og delvis inn i bearbeidingsfasen i sjukehusregi. Eg har valt å ha hovudfokus på den bistand sjukepleiar kan gje til denne gruppa pasientar. Sjukepleiar sitt reiskap i denne samanhengen er i hovudsak kommunikasjon, eg vil difor ha fokus på det.



## 2.0 Teori

### 2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

I følge Travelbee har menneske ei evne til å søke etter meaning i ein situasjon der livet er prega av smerte, liding og sjukdom. Opplevinga av liding og tap er ein del av livet, og kvart menneske har sin individuelle måte å oppleve dette på. Ho ser på muligheita og anledninga til personlig vekst og utvikling i ein periode med liding og sjukdom (Kristoffersen, 2005).

Håp er eit sentralt tema for at den lidande skal kunne greie å meistre situasjonen. Det er og sentralt for å meistre eventuelle konsekvensar av lidinga som vil vare livet ut. Håp er framtidsorientert, styrker meistring, og er knytt til ynskjer, val, tillit, uthaldenheit, og tilknytning til andre. Sjølv om pasienten er i fortvilning og motløyse må det finnast håp for framtida (Hummelvoll, 2005). Joyce Travelbee seier (1996/2007, s.118) seier:

”Den som mangler håp, ser ingen utsikter for forandringar eller forbedringar i livet, og heller ikke noen løysning på problemene eller veier ut av vanskelighetene.”

Kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient er vesentleg for å danne eit oppriktig menneske- til menneske forhold. Sjukepleiar sitt mål og meaning kan kunn gjennomførast ved at dette forholdet er oppbygd. Det er gjennom kommunikasjon at sjukepleiar og pasient vert kjent personleg, og sjukepleiar kan fange opp hans personlegdom og reaksjonar, og akkurat denne personen sine individuelle behov. Sjukepleiar må arbeide med kommunikasjonsteknikkar for å oppnå bestemte hensikter og resultat. Ein må bli fortruleg med sine metodar, men ikkje la dei gå på kostnad av spontan og naturleg samhandling mellom menneske. Eit omgrep som er brukt i Travelbee sin teori er ”terapeutisk bruk av seg sjølv”. For at sjukepleiar skal kunne bruke seg sjølv terapeutisk for å lindre plagene til pasientar må me vere oppmerksame på vår eiga åtferd og korleis den verkar inn på andre. Sjukepleiar må ha sjølvinnst, og nøye gjennomtenkte verdiar i forhold til liding, sjukdom og død (Kristoffersen, 2005).

Sjukepleiar må lære seg å sjå pasienten og vise interesse for slik han er som person for at omsorga ikkje skal bli upersonleg og overflatisk. Etter kvart vil ein gjensidig identitet tre fram, og sjukepleiar vil kunna forstå korleis nettopp denne pasienten opplever sin situasjon.

Interaksjonsmodellen hennar går ut på det innleiande møtet, framveksten av identitet, empati, sympati og til slutt etablering av gjensidig forståing og kontakt. Empati handlar om å forstå personars indre følelsar, men ytre åtferd. Sjukepleiar sine omsorgsverdiar og ønskjer om å hjelpe kan motivere ønsket om å forstå pasienten. Sympati er resultatet av empatisk forståing som vert forsterka av ønsket om å hjelpe. Sympati er meir ein haldning, som kan visast både verbalt og nonverbalt. Reaksjonar hos lidande menneske kan vere sjølvmedkjensle, bebreiding, depresjon, forvirring og sinne. Det kan og gå vidare til å gi blaffen, og apatisk likegyldigheit (Kristoffersen, 2005).

## 2.2 Kommunikasjon og meistringsstrategiar i krise

Meistring er forsøk på å beherske, tolerere og redusere belastningar ein vert utsett for, og å redusere negative følgjer. Sjukdom og krise kan betre meistrast av pasientar som opplever god kommunikasjon, medmenneskeleg kontakt og nokon å dele tankar og følelsar med. Meistring handlar om å få eit balansert forhold til eigne reaksjonar. Dette kan omhandle å prøve å kontrollere følelsar, få forståing for situasjonen eller praktisk arbeide for at lidinga skal bli betre. Meistringsstrategi må veljast utifrå situasjonen, for å ikkje forverra tilstanden (Eide og Eide, 2007).

Krise påverkar alltid også det sosiale nærmiljøet til pasienten. Pårørande har på same linje som pasienten behov for å møtast med forståing frå sjukepleiar. Dei tre viktigaste kommunikative utfordringane hjelpar stilles ovanfor er fysiske konsekvensar, psykologiske reaksjonar situasjonen aktualiserer og relasjonen til pårørande og omgjevnadane. Informasjon om hendinga og det den omhandlar, samt ein trygg og god relasjon for å samarbeide om best mulig resultat er kommunikative utfordringar (Eide og Eide, 2007).

## 2.3 Krise

Som beskrevet av Hummelvoll (2008, s.468) er det tre ulike typar kriser: "Flyttekriser, rollekriser, livsfasekriser og ulykkeskriser. Ulykkeskriser kan være dødsfall, tap av en legemsdel, eller ulykker med stort omfang, som naturkatastrofer, trafikk-, og brann- ulykker".

Katastrofe og skrekkopplevingar er ei av dei fire nemnte kriseutløysande faktorane menneske kan bli utsett for, saman med tap, store utfordringar og krenkelse. Tre motsetningspar av

følelsar er beskrivne. Sjølvfølelse mot sjølvforakt, der skyldfølelse, sjølvavstraffing og destruktivitet er kjenneteikn. Samhøyr og forlattheit, der eit tap står sentralt. Dette kan vere tap av eit anna menneske, ein legemsdel, eller eigedom. Den negative motpolen gir følelsen av tomrom og sorgoppleving. Meiningsoppleving mot meiningsløyse og kaos er den siste, og handlar om livets samanheng, fornuft og meining. Denne kan vert trua i samanheng med psykiske kriser (Hummelvoll, 2008).

Fire krisefasar kan opptre ved følelsen av auka angst knytt til ein uventa og overraskande negativ hending. I fase ein, vert personens vanlege meistringsstrategiar stimulert av den akutte angsten. I fase to aukar angsten om ikkje dei vanlege metodane for å beherske angsten verkar. Fase tre stimulerer personen til å prøve ut nye meistringsmåtar. Verkar ikkje dette vil angsten i fase fire vere så sterk at den vil kunne auke til panikk, som vidare kan føre til psykose (Hummelvoll, 2008).

Måla for pasienten er at han skal oppnå tilsvarande likevekt han hadde før krisa skjedde. Han må få omarbeida problema på ein naturleg måte, og ein må støtte opp under ressursane til personen. Praktiske ressursar og mulegheiter må understrekast, og problemet må ikkje bagatelliserast. Den hjelpetrengjande kan ha ubrukte ressursar. Mange søker i slike krisesituasjonar etter eksistensielle utfordringar som ligg i krisa. Nye måtar å sjå, og møte livet på kan utviklast, og bidra til meiningsfølelse for personen (Hummelvoll, 2008).

### *2.3.1. Cullberg sin kriseteori*

Cullberg (1997, s129) definerer krise på følgjande måte:

”En første sjokkfase som tidligere går over i en reaksjonsfase; etter denne følger ytterligere en bearbeiding – frem til nyorientering som innebærer fullstendig helbredelse.”

Det er under sjokkfasen at særleg sjukehuspersonell er i kontakt med kriseramma. Kriseterapi vektlegg å ikkje sjå på krisereaksjonar som sjukelege, men ein livssituasjon der livsgrunnlag vert sett på spel. Reaksjonsfasen startar når den ramma må gå frå sjokkfasen til å innsjå kva

som har hendt. Trinnvis tilnærming av verkelegheita er ein naturleg reaksjon. Dette er naturleg, men kan forsinke og avansere omarbeidingsprosessen. Regresjon er tilbakegåande tankebanar til tidlegare i omarbeidingsperioden. Alkohol, piller og avhenge av andre kan bli tatt i bruk (Cullberg, 1997).

Når den akutte fasen er over startar omarbeidingsfasen, som kan vare i ½ til 1 år etter sjokket. Pasienten fokuserer framtidsretta, i staden for å vere besett av sjokket og fortida. Ved alvorleg fysisk skade må pasienten godta sitt handikapp, og lære seg dei nye sosiale rollene. Åtferdsforstyrningar forsvinn og det gamle livet vert gjenoppretta. I nyorienteringsfasen vert den svikta sjølvfølinga gjenoppretta. Uoppfylte håp vert omarbeida og hendinga får gjerne ein ny betyding. I yrker der personell ofte møter krisesituasjonar, kan mangelen på terapeutisk haldning føre til at personalet glattar over problema til pasienten, og kunn gjev symptomatisk behandling (Cullberg, 1997).

## 2.4 Psykososiale behov

Ein akutt kritisk skadd pasient opplever mange påkjenningar. Ikkje berre det å vere skadd, men og påkjenningar medisinsk behandling påfører dei. Kvardagen kan vere prega av fare, tap og krenkelsar som pasienten til vanleg ikkje er vane med. Opplevinga av situasjonen vil veksle mellom håpløyse og håp, tryggleik og utryggleik og visse og uvisse. Eksistensielle spørsmål kan dukke opp, og mange har behov for å snakke om tema som liv og død. Følelsar som angst, utrygge, avhumanisering, framandgjerding, isolasjon og sårbarheit kjem fram etter intervju med pasientar som har blitt innlagt etter ei akutt kritisk traume. Menneskets trong til å finne mening i livet veks i krisesituasjonar (Stubberud, 2010).

Opplevinga av isolasjon kan komme til tross for at pasienten er omringa av mange menneske på sjukehus. Dette kan skyldast nedsett muligheit til kommunikasjon og brote forhold til sin vanlege sosiale kvardag. Sjukepleiar skal ta omsyn til pasienten sin rett til medverknad i avgjersler. Dette kan gje han muligheita til å ha innflytelse på situasjonen, og ei følelse av kontroll. Pasienten bør bli tatt med i vurderinga av eigne mål, for eksempel ernæring, fysisk aktivitet og avvenning frå eventuell respirator (Stubberud, 2010).

Det må sikrast tryggleik, og tilstadeværing, slik at pasienten ikkje føler seg isolert og utestengt frå verda. Viser helsepersonell manglande kunnskap, fører dette til at pasienten føler

seg utrygg. Pasienten har rett på informasjon om fysisk tilstand. Ting må forklarast på pasienten sitt nivå, og gjerne på ein veldig forenkla måte, då pasienten er i ein stressfull situasjon, og har behov for at det heile skal søkka inn. Pasienten må sleppe å gjenta problema, så ein må sørge for god dokumentasjon Stubberud, 2010).

## 2.5 Forklaring av sentrale omgrep

PTSD står for post traumatisk stress disorder. Det kjenneteiknast ved påtrengande gjenopplevingar av traumet og åtferd der pasienten unngår alt av tankar, følelsar og samtale rundt traumet. Tilbaketrekning, isolasjon og følelsesavflatning er kjenneteikn. Auka aktivering er eit symptom som går ut på søvnevanskar, sinneutbrot, irritabilitet, konsentrasjonsvanskar og konstant beredskap (Johnsen, 2009).

### 3.0 Metode

Metode er måten me samlar inn informasjon eller data på, for å kunne utføre ein studie. Kva som helst middel som vert brukt til å komme fram til ny kunnskap er ein metode. Me vel den metoden som best belyser problemstillinga vår på ein faglig interessant måte. Det kan vere ein måte å finne svar på om påstandar er gyldige og sanne, og fortelja oss korleis me bør finna eller etterprøva kunnskap (Dalland, 2008).

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Bakgrunnen for å gjere litteraturstudie er å motivere til at ein empirisk studie blir utført. All forskning startar med litteraturstudie. Det kan vere litteraturoversikt, gjennomgang eller forskningsoversikt. Allmenne oversiktsartiklar kan ha usystematisk litteraturstudie, der det er avgrensa mengde med relevant forskning. Grunnen til at bøker og oversiktsartiklar kan føre til ukorrekt resultat er at dei har avgrensa tilgang på relevant litteratur, dei kan vere bygd på forfatternen sitt eige synspunkt og ha motseiande resultat frå ulike ekspertar (Forsberg og Wengström, 2008).

I denne oppgåva nyttast systematisk litteraturstudie som metode. For å kunne gjere systematisk litteraturstudie, vert det kravd at det er nok tilgjengelige studiar av det valte temaet frå før av. Innan helse kan en slik framgangsmåte svare på om ein spesiell behandlingssmåte er anbefala, og kva som er mest effektivt og fungerer best. Det er blitt framarbeidd kriterium som må oppfyllest i ein systematisk litteraturstudie. Klart formulert problemstilling, tydlig beskrivne artiklar, utval av dei og søkemetodar. Alle relevante studiar må vere inkludert, dei skal vera kvalitetssikra, og useriøse artiklar skal ekskluderast. Metode og resultat av alle studiar som er nytta skal presenterast. Også alle ekskluderte studiar skal presenterast, og kvifor dei ikkje vart brukt. Samandrag av spørsmål, resultat, analyser, diskusjon og konklusjon skal og vera med (Forsberg og Wengström, 2008).

Kjeldene er lette å finne att, og ein kan få god innsikt i temaet då metoden gjev mykje litteratur på kort tid. På den negative sida kan det vere avgrensa med relevant forskning innan temaet. Ekspertar innan same området kan og ha forskjellige syn, som set formar og gjer forskjellige resultat (Forsberg og Wengström, 2008).

### 3.2 Framgangsmåte for søk

Det er gjort søk i søkemotorane og nettstadane CINAHL, Svemed+, Pubmed, ISI Web of science, PsykINFO og Helsebiblioteket.no. Ettersom problemstillinga omhandlar eit tema som ikkje er mykje forska på innan sjukepleie, vart det få relevante resultat. Søk på norsk vart tidleg utelukka grunna dette. Søkjeord og tema som Acute stress disorder, Post traumatic stress disorder, traffic accident, nursing, motor vehicle, psychosocial intervention, hospital og communication er brukt, og kombinert for å forsøke å finne dei mest relevante artiklane. I tillegg er søkjeorda i tabellane under brukt.

Tre av artikkelsøka vert beskrivne i tabellar under, for å vise korleis søka er gjort, antall treff, søkjeord og resultat på ei oversiktleg måte. Den siste artikkelsøka vet beskrivne med ord under.

Tabell nr.1: CINAHL: 10.01.2011

Søke nr.	Søkeord	Begrensning	Antall treff	Artikkelfunn.
S. 1	PTSD		1942	
S. 2	Physical injury		6708	
S. 3	hospital		113203	
S. 4	Post traumatic stress symptoms		1822	
S. 5	S. 2 AND S. 4		57	Resultat nr. 13. "Post traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries"

Tabell nr.2: Ovid: 24.01.2011

Søke nr.	Søkeord	Begrensning	Anntal treff	Artikkelfunn
S. 1	acute stress disorder and traffic vehicle accident	Search modes - Find all my search terms	27	
S. 2	acute stress disorder and motor vehicle accident and nursing	Search modes - SmartText Searching	1	Facilitating post traumatic growth

Tabell nr.3: Svemed+, 03.01.11

Søke nr.	Søkeord	Begrensning	Anntal treff	Artikkelfunn
S. 1	Post traumatic stress disorder	Avancerad sökning	27	
S. 2	Acute stress disorder	Avancerad sökning	4	
S. 3	S. 1 AND S. 2	Avancerad sökning	4	Resultat nr. 3: Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory

Helsebiblioteket.no, 05.01.11

“Multiple session early psychological intervention for the prevention of post traumatic stress disorder (review) THE COCHRANE COLLABORATION” Søkjeordet ”acute stress disorder” gav ei liste artiklar. Etter å ha lese abstrakta vart artikkel nr 7 vurdert som mest relevant.

### 3.3 Metodekritikk og etisk vurdering

Ikkje berre artiklar som støttar forskaren sitt syn, men og anna relevant litteratur skal belysast i litteraturstudie. Det er viktig å gjere reie for alle artiklane i studien, og å velja studiar som har fått godkjenning av etisk komité. Plagiat av data, forvrenging av forskingsprosess og liknande vert sett på som uærligdom og juks i følge retningslinjer for god medisinsk forskning (Forsberg og Wengström, 2008).

Føremålet med kjeldekritikk er å vurdere og karakterisere nytta litteratur for å informere lesaren om kor nyttig og relevant valt litteratur er i forhold til problemstillinga. Det skal belysast i kva grad ein kan bruka resultatet av forskningsstudiane og teorien til å svara på vår problemstilling (Dalland, 2007).



I arbeid med oppgåva viste det seg å vere mykje forska på stresslidingar i etterkant av eit traume. Tross dette fantes det ikkje mykje forskingslitteratur som var direkte knytt opp mot sjukepleie. Artiklane er likevel brukte, då det kan dragast linjer mellom dei meir psykologisk retta faga og sjukepleie. Mange artiklar som derimot fokuserte på sjukepleie-faget i forhold til problemstillinga måtte bli ekskludert, då det viste seg at dei ikkje stod til forventningane til ein fagartikkel. Dei fleste mangla både metodedel og etisk vurdering, men hadde elles relevant tema. Nokre av dei mange artiklane om PTSD vart valde bort, då det viste seg at dei hadde nokså likt innhald som andre inkluderte artiklar, og hadde blitt i overflod i resultatdelen.

Artiklane som er valt kunne med fordel vert meir sjukepleieretta og relevante. Evna til å søkje var ikkje tilfredsstillande i starten av denne prosessen. Grunna tidsavgrensing vart valet å behalde dei artiklane som gav relevant resultat der og då, for å komme i gang med drøfting og ikkje å komme i skippertak-krisa. Det kunne ha blitt søkt vidare, for meir relevante sjukepleieretta artiklar som hadde gjort oppgåva betre og drøftinga mindre krevjande. Likevel er resultatdelen tilfredsstillande relevant med tanke på utgangspunktet, og problemstillinga. Desse artiklane er valt då dei kan setje lys på kva som er hensiktsmessig for sjukepleiar å fokusere på under kommunikasjon med pasienten.

Refleksjonar om kva som er den ideelle framgangsmåten for å angripa problemstillinga må overvekast. Det vart valt ein kvalitativ måte å løyse denne oppgåva på, då det er ei litteraturstudie. Ein kvalitativ metode går meir i djupet, og drar ofte fram kjensler og det særeigne. Det gjer muligheit for litt meir fleksible svar, og skapar ein sterkare nærheit til sjølve faget. Samanheng, heilskap og forståing vert fokusert på å få fram, og ein ser fenomenet innifrå (Dalland, 2008).

Valet av teori og resultat samsvarer ikkje på alle områder tilfredsstillande med kvarandre. Likevel har metoden gjort det mulig å kople dei saman på ein god måte, og få ein tilfredsstillande diskusjon og resultatdel.

### 3.4 Vurdering av inkluderte studiar

Kjeldekritikk er å gjere reie for kjeldene på ein slik måte at lesaren forstår kva slags type kjelder som er brukt. Både relevans og påliteligskap må komme fram, for å la lesaren få ta del

i refleksjonane eg har gjort meg om litteraturen i forhold til å svare på problemstillinga. Tilgangen på litteratur er grei å karakterisere. (Eide og Eide 2007)

Eg vil sei det var forholdsvis vanskelig å finne sjukepleiefagleg relevant litteratur som direkte svara på problemstillinga. Det vart brukt mykje tid på artikkelsøking, og mange artikkelsamandrag vart leste og vurderte, for så å bli ekskludert. Eg såg blant anna på kor sjukepleie-fagleg relevante artiklane var, og om dei på nokon måte kunne gje svar på mi problemstilling. Vidare såg eg på om dei stod til kriteria til sjekklister for forskingsartiklar.

Studien av Roberts, Kitchiner, Kenardy og Bisson (2010) er ikkje nødvendig å sjekke for etisk vurdering avdi det er ein litteraturstudie, noko som ikkje er direkte forskning av personar. Det er ei cochrane studie, som er av høg kvalitet i utgangspunktet. Mi vurdering av artikkelen er at han har god kvalitet ut frå kriteria i sjekklista. Sjølv om artikkelen fokuserer på psykologisk behandling er den valt då den belyser effekten av behandling for å førebyggja PTSD. Dette meiner eg har relevans for sjukepleie ved akutt traume.

Studiane av Wang et.al. (2005) og av Fuglesang, Moergeli og Schnyder (2004) belyser på kvar sin måte indikatorar for å forutsjå PTSD, og vart difor inkluderte i denne litteraturstudien. Dei er begge kvantitative studiar, som er godkjent av etisk komité. Resultata i studiane kjem klart fram. Wang et.al (2005) viser blant anna samanhengen mellom utvikling av PTSD, angst og depresjon dei første 6 vekene post traumatisk. Studien tek og opp viktigheita av identifikasjon av PTSD i tidleg fase. Eg meiner studien er av god kvalitet ut ifrå sjekklista sine kriterium. Fuglesang et.al. (2004) belyser blant anna risikofaktorar som missnøye med motteken posttraumatisk støtte, og fleire forutsjånadar for å utvikle PTSD. Den gjer og ei statistisk samanheng mellom PTSD og ASD. Dette er relevante data som kan hjelpe å førebyggja og forstå psykologiske seinvanskar post traumatisk, og dermed bidra til meistring. Ved kritisk vurdering av studien finn eg at den er relevant for denne oppgåva, og står til kriteria i sjekklista. Studien vurderast difor å ha god kvalitet.

Studien av Turner og Cox (2004) er ei kvalitativ studie. Studien er godkjent av etisk komité, og resultata ser i følgje metodegangen i studien realistiske ut. Også på områda til kriteria i sjekklista viser studien at den er relevant, og eg vurderer det slik at kvaliteten til studien er god. Studien er inkludert sidan den dreg frem positive aspekt post traumatisk, noko som er sterkt knytt til det å meistre. Blant anna tek den opp personlig vekst etter gjennomgått trafikkulykke og rehabilitering.

## 4.0 Resultat

Artiklane under beskriv fenomenet post traumatisk vekst, der det er fokus på ei intervju pasientgruppe som i hovudsak fokuserer på viljestyrke og endra perspektiv på livet i etterkant av trafikkulykke. Vidare i neste artikkel kjem effekten av psykologisk behandling av PTSD innan dei tre første månadane fram. Den tredje artikkelen belyser samanhengen mellom PTSD, depresjon og angst i veke 1 til 6 post traumatisk. Den tar og opp samanhengen dette har med livskvalitet. Til slutt vert den fjerde artikkelen presentert, som fokuserer på tidlege risikofaktorar for å utvikle PTSD. Det vises til vedlegg 1, 2, 3 og 4, for ytterligare beskriving av resultatet.

### 4.1 Facilitating post traumatic growth

Målsettinga med denne intervjustudien er å identifisere posttraumatisk vekst. 13 deltakarar som har gjennomgått rehabilitering etter traumatiske skadar frå trafikkulykke er med i undersøkinga. Artikkelen belyser personleg sosial vekst etter ei traumatisk ulykke. Hovudfunna i resultatet er at ved posttraumatisk vekst var ”styrken av viljestyrke” og ”endra perspektiv” mest relevante. (Turner og Cox, 2004)

Nesten alle deltakarane nemner fleire måtar ulykka har forandra dei til ein betre og forandra person. Alle er opptatt av viljestyrke. Dei forklarar seg sjølve som veldig sjølvstendige som ville gjenopprette si uavhenge. Dei valde å bruke staheitt, besluttosmheit og motivasjon for å halde positiviteten oppe, og jobbe mot eit mål, slik at dei skulle greie det som låg framfor dei. Eit slags konkurranseinstinkt dreiv dei, for å bevise, og for å sjølv trene seg ut av situasjonen. Nokre deltakarar legg fram at negative innspel og forventningar frå helsepersonell induserte til tvil over seg sjølv og forvirring over vidare mulegheiter. Nokon fortel om takknemlegheita ovanfor helsepersonell som motiverte dei til å ha trua på at dei ville gjenopptrene seg tross små framskritt. Det var viktig å bli forstått og oppfordra til å stå på vidare når dei var langt nede.

Det er snakk om strategi i gjenopptreninga, der dei åleine, eller i samarbeid med fysioterapeuten set mål, og arbeider stegvis. I starten kunne måla handla om å halde seg i live minutt for minutt, vidare i forløpet handlar det om å komme seg vidare frå rullestol til krykker, osv. Nokon ser på det heile som ei utfordring mot eit mål som vart leda av deira

styrke og vilje. Tross i at perioden var tøff, og reisa lang, kunne dei sjå tilbake på at eit større mål leda dei. Alle deltakarane fortel at dei har endra synet på seg sjølve etter ulykka. Ikkje umiddelbart etter ulykka, men etter å ha reflektert i åra etter. Nokon la meir vekt på dette enn andre. Dei hektiske omgjevnadane på sjukehus gjer det ofte vanskelig for helsepersonell å danne eit forhold med pasientane. Dette gjev dei hjelpetrengjande og deira pårørande dårlegare muligheit til å utvikle og akseptere eit pleiande forhold. Det er viktig å nytte alle anledningar på å bli kjent med sine pasientar.

Dei forklarar korleis dei måtte "bli fort vaksne" for å ta ansvar for målet dei hadde sett seg. Dette auka sjølvforståinga. Nokon føler at dei har fått ei sunnare livshaldning, og evna til å uttrykkje seg er forbetra. Ein deltakar seier at om det ikkje hadde vore for smerta det påførte andre ville ho gjennomgått det heile om igjen om ho kunne velje, for ho likte resultatet av den personen ho hadde blitt. Fleire meinte dei er blitt betre menneske, meir medfølande og forståingsfulle. Verdsetjinga av familie og vener auka, og dei er blitt betre til å ta imot hjelp av andre. Tross personleg vekst poengterte ein at reisa hadde vore utfordrande. Han opplevde å føle seg isolert, og øydelagt, og sjølvkjensla rakna sakte.

#### **4.2 Multiple session early psychological intervention for the prevention of post traumatic stress disorder**

Målet med denne systematiske litteraturstudien er å finne effektiviteten av fleire timars psykologisk førebyggjande behandling av PTSD, påbegynt innan tre månadar etter ulykka. Studiar med behandlingsgrupper og kontrollgrupper er blitt samanlikna, og det vises ingen forskjell mellom resultata i desse gruppene når det kjem til å førebyggje PTSD hos spesielt utsette individ. Av dei som hadde mottatt hjelp var det ein trend å sjølv-rapportere PTSD mellom 3 og 6 månadar etter hendinga. To studiar samanlikna ei hukommelsesretta behandling med støttande lytting for dei traumeutsette. Ingen av dei kunne vise at denne behandlingsforma hadde effekt. Psykologisk inngrep treng i følge denne studien ikkje vere anbefala rutine etter traumatisk hending. Mange og single behandlingstimar har muliges ei uønska effekt på nokre individ, og kunne gje verre resultat enn inga behandling. (Roberts, et.al 2010).

### 4.3 Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries

Hensikta med denne kohortstudien var å samanlikne nivå av ASD/PTSD, depresjon, angst og livskvalitet i veke 1-6 etter ei trafikkulykke ved hjelp av intervju og spørjeskjema. Artikkelen omtalar Acute stress disorder (ASD) og Post-traumatic stress disorder (PTSD) under eitt somme plassar, med berre tids-perspektiv som skilje. Statistisk vesentlege forbetringar oppstod mellom veke 1 og 6 når det gjeld angst og depresjon. Høgt ASD/PTSD nivå viste derimot ingen stor nedgang. Positiv samvariasjon er vist mellom ASD/PTSD og angst, og ASD/PTSD og depresjon, men negativ mellom PTSD og livskvalitet. Depresjon var den viktigaste variabelen for å forutsjå PTSD i veke 6. Kjenneteikna på dei som hadde nedsett livskvalitet var depresjon i veke 1 og 6, angst i veke 6 og PTSD i veke 6.

I fylgje denne studien opplever store delar av traumepasientar PTSD, depresjon og angst, noko som medfører nedsett livskvalitet. Helsepersonell som jobbar i beredskaps-avdeling må ha kunnskap om å vurdere slike symptom. Tidleg identifikasjon og etterfylgjande henvising til behandling kan minske sannsynlegheita for å utvikle langvarige symptom (Wang, et.al 2005).

### 4.4 Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory

Ein metode der sjølvrapportering frå offer frå trafikkulykke er i denne kohortstudien brukt for å få fram sjukelgdomen ved ASD og PTSD, og evaluere samanhengen mellom dei to. Nitti pasientar behandla på ei akuttavdeling deltok i denne studien.

Det vert klart at det ikkje berre kan komme ann på kor alvorleg den fysiske skaden er, når ein skal vurdere kven av trafikkskadeoffera som treng ekstra psykisk støttebehandling. Alvorsgrada av ulykka samsvarar ikkje nødvendigvis med ASD symptom-nivået. Ei utløysande faktor kan vere trusselen i seg sjølv som utviklar ASD, ikkje skaden. Ei visst mengd stress symptom kan vere vanleg, og ikkje nødvendigvis indikator på psykologiske seinskadar. Vidare føresetnadar for å utvikle PTSD var å vere kvinne og å vere redd under hendinga. Missnøye med motteken støtte i den akutte ettertid av traumet er betydelig slekta til både utvikling av PTSD og ASD. 28% av dei som hadde symptom på ASD utvikla PTSD. 17 % stod til kriteriane for PTSD etter ei oppfylgjing på 6-8 månadar. (Fuglesang, et.al 2004).

## 5.0 Drøfting

Her vert problemstillinga diskutert i lys av teori, resultatdel og eigne synspunkt som oppstod gjennom arbeidet med denne oppgåva.

### 5.1 Meistringsstrategi og kommunikativ motivasjon

Turner og Cox (2004) fortel at strategiar vart brukte i opptreninga etter ulykka. Saman med terapeuten eller åleine sette pasienten mål, og arbeidde stegvis. Nokon av deltakarane såg på det heile som ei utfordring til eit mål som vart leda av deira styrke og vilje (Turner og Cox, 2004). Eide og Eide (2007) beskriv meistringsstrategiar. Følelsar og meistring heng saman med pasientens reaksjonar og vurdering av følelsar. Meistringsstrategiar kan vere problemretta ved handling, vurderingsretta ved aksept og perspektivsforandring eller følelsesretta ved omarbeiding av følelsar og reaksjonar. Sjukepleiar må kunne forstå pasientens meistrings-vurderingar, og bidra til å justere dei til muligheiter, utfordringar og til å sjå dei faktiske forholda. Det må bli stilt spørsmål om tankar og vurderingar, og sjukepleiar må halda seg aktivt lyttande. Informasjon må gjevast utifrå svara, og sjukepleiar må vegleie og justere mot best mulig meistring (Eide og Eide, 2007). Ut ifrå dette meiner eg at sjukepleiar bør bruke sine erfaringar og sin kunnskap om meistringsteknikkar til å fremje den mest effektive meistringa for kvar individuell pasient. Sjukepleiar må samstundes vere sikker på å ikkje overkjøre pasientens naturlege meistringsstrategi og bidrar til demotivering og fortvilning. Det kan etter mitt syn vere ei kommunikativ utfordring å finne ut kva meistringsstrategi pasienten brukar og motivere til riktig framgang.

Innspel frå helsepersonell som kan forvirre, og bryte ned pasientens eigne forventningar til seg sjølv vert tatt opp i av Turner og Cox (2004). Vidare fortel deltakarane at dei var veldig takknemlige for all form for motivasjon dei fekk, tross i om dei gjorde små framskritt i rehabiliteringa, dette hjelpte særleg når dei var langt nede (Turner og Cox, 2004). Hummelvoll (2008) seier at optimisme og håp om ei løysing på problemet er viktig å formidle i den første fasen etter eit akutt traume. Samstundes må ein ikkje overdrive og gje urealistiske håp til pasienten. Ein må forstå pasientens frykt i denne framande og skremmande situasjonen, og kommunisera utifrå det. Problema pasienten ser på som vesentlige i situasjonen må ikkje bagatelliseras av helsepersonell. Sjukepleiar må motivere til engasjement og aktivitet, og gje tillit (Hummelvoll, 2008). Innleiingsvis nemnte eg ein ung

mann som vart utsett for ei alvorleg trafikkulykke. Då eg spurde han kva bidrag sjukepleiarar kunne gjere for å betre hans tilvære på sjukehuset svara han at han meinte det var viktig at dei hadde forståing for situasjonen han var i. Eg ser utifrå dette, og det Hummelvoll (2008) og Turner og Cox (2004) seier at sjukepleiar må finne ein balanse mellom det å fremje optimisme og håp, og det å bryte ned forventningar. Mi meining er at sjukepleiar ikkje skal gje urealistiske håp til pasienten, men likevel ha hovudfokus på å motivere til meistring. Etter eigen erfaring og samtalar med pasientar ser eg på det å ha forståing for pasienten sin heilskaplege situasjon som vesentleg for hans meistringsevne.

## 5.2 Eksistensielle spørsmål og sosiale behov

Turner og Cox (2004) seier at helsepersonell kan hjelpe pasientar til å få nytt syn på sårbarheit og styrke og leggje til rette for filosofisk, fysisk og åndeleg vekst (Turner og Cox (2004). Etter ei ulykke som har påverka psyken hardt belyser Kristoffersen (2005) at det er eit fellestrekk hos pasientane å søkje etter meining med hendinga. Denne er svært individuell, og må finnast av kvar enkelt. For nokon kan meistringsevna knytast til religiøsitet, som igjen er knytt til håp (Kristoffersen, 2005). Eksistensielle spørsmål kan dukke opp der pasienten ynskjer å få fram kva mål og verdiar som er viktige i livet, som familie, venar, tru, arbeid. Sjukepleiar kan støtte pasienten sin meistring og redusere angst og utrygge ved å gje dei opplevinga av håp, tru, kjærleik og meining. Behovet for å snakke om spørsmål som liv og død, ei høgare makt, og behovet for sine nærmaste aukar ofte i krisesituasjonar. Ved å ta problema og behova til pasienten på alvor kan sjukepleiar skape tillit i forholdet til pasienten (Stubberud, 2010). Eg spurde den unge mannen frå innleiinga om det var noko spesielt som haldt motet og håpet hans oppe i dagane etter at han kom til seg sjølv att etter ulykka. Han svara at han var personleg kristen før ulykka, noko som hadde hjelpt han gjennom dei tyngste dagane. Døden vart for han ein naturleg del av livet etter denne erfaringa. Eg tenkjer at på ei side kan det vere provoserande for mange å ta opp eksistensielle behov og religion. Gjerne kan det skremme, det å snakke om døden når den er så nær. På ei anna side vil eg tru at det på sikt kan hjelpe å setje i gang slike tankar. Etter kvart vil me oppdage om pasienten er interessert i å snakke om eventuell religiøs tru eller andre livs-synspunkt. Sjukepleiar på si side må halde sine personlege syn på eit profesjonelt nivå.

Turner og Cox (2004) belyser det å bli fort vaksne, og auke sjølvforståinga etter å ha blitt hardt ramma av ei trafikkulykke. Sunnare livshaldning, og verdsetjing av familie og vener aukar. Fleire meiner at dei har blitt betre menneske, meir medfølande og forståelsesfulle (Turner og Cox, 2004). I følgje Kristoffersen (2005) meiner Travelbee at for pasienten vil det å finne svaret på spørsmål rundt ulykka og tankar som dukkar opp gje meining til den opplevde situasjon. Det handlar ofte om å bry seg om noko utanom seg sjølv, og å vere til meining for andre, å bety noko for andre. Hjelp frå dei nærmaste, og helsearbeidarar må til for å utvikle ei slik meining (Kristoffersen, 2005). I lys av det Turner og Cox (2004) og Kristoffersen (2005) seier her, meiner eg at det for sjukepleiar er viktig å bruke kommunikasjon for å finne pasientens indre verdiar, og bidra til at dei blir brukt som ein ressurs i denne situasjonen. Kristoffersen (2005) nemner det å finne meining i situasjonen, noko eg meiner alle punkta Turner og Cox (2004) tar opp ovanfor er gode eksempel på. På bakgrunn av dette foreslår eg at sjukepleiar kan bidra til å prøve å dra fram desse verdiane til pasientar etter ei kritisk traume, for å bidra til ein meningsfølelse.

Turner og Cox (2004) tar opp at dei hektiske omgjevnadane på sjukehus gjer det ofte vanskelig for helsepersonell å danne eit forhold med pasientane. Dette gjev dei hjelpetrengjande og deira pårørande dårlegare muligheit til å utvikle og akseptere eit pleiande forhold. Det er viktig å nytte alle anledningar på å bli kjent med sine pasientar (Turner og Cox, 2004). I følgje Hummelvoll (2008) må pasienten opparbeide nye roller og livsmønster. I denne omarbeidingsfasen er sosial støtte frå personens eige nettverk, eventuelt i samarbeid med profesjonelle hjelpeapparat, viktig (Hummelvoll, 2008). Eide og Eide (2007) tar opp avvising og skuffelse rundt forholdet mellom pårørande og pasient. Pasienten kan ha forventningar til støtte, medan pårørande på si side har meir enn nok med å takle sine eigne reaksjonar relatert til ulykka. Godt sosialt nettverk er kjenneteikn på pasientar som meistarar kriser betre enn dei med dårleg. For sjukepleiar er det viktig å både gje støtte til pasient og pårørande, for at familien skal meistre situasjonen, og bidra til ein tryggare heilskap (Eide og Eide, 2007). Om eg skal tenkje meg sjølv i ein slik kritisk situasjon, ville eg først og fremst hatt familie og dei næraste rundt meg. Ein pasient fortalde meg at då han vakna frå koma var familien rundt han overlykkelige. Denne lykka smitta over på han, og sjølv om han ikkje var heilt klar over kva som hadde skjedd opplevde han ei enorm glede over å vere i live. Ei annar realistisk side å sjå det på er at ikkje alle pasientar opplever slike solskins historier som pasienten eg var i samtale med. Eg ser ut ifrå det Turner og Cox (2004) og Hummelvoll (2008) seier, at sjukepleiar må bruke tida saman med pasienten effektivt, for å danne eit



forhold med pasienten, og hans nærmaste sosiale relasjonar. Eide og Eide (2007) tar på si side opp det at ikkje alle pasientar får den stønaden dei forventar av sine nærmaste. Mitt syn ut ifrå dette er at sjukepleiar bør informere pasient og pårørande om stønaden dei kan vere for kvarandre. Eg ser på det som vesentleg å ikkje oversjå pårørande sine behov, tross i at det er pasienten som er hovudpersonen i situasjonen.

### 5.3 Å motivere til eit mål og framtidsretta syn

Viljestyrke og positivt endra syn på seg sjølv vert belyst i artikkelen til Turner og Cox (2004). Dette er eit perspektiv deltakarane først ser i etterkant av ulykka. Tross ei tøff og lang reise kunne alle deltakarane etter å ha reflektert i åra etter sjå på seg sjølve med positivt endra syn (Turner og Cox, 2004). Liding vert omtala som ei muligheit til personleg vekst og utvikling (Travelbee, 2007). Med desse kjeldene som grunnlag ser eg på det som riktig å gje håp og motivere pasienten til å finne ei mening, ved å informere om at det er mulig å dra noko positivt ut av prosessen traumet har sett i gang.

Ein av pasientane fortel at sjølv om reisa gjennom rehabilitering hadde gitt han eit betre livsperspektiv hadde det vore tøft, og han hadde hatt følelsen av isolasjon, øydelegging og at sjølvkjensla rakna sakte (Turner og Cox, 2004). Hummelvoll (2008) seier at for å opparbeide ei nødvendig balanse i situasjonen er det viktig at pasienten har ei realistisk oppfatning av det som har skjedd. Han må ha meistringsmekanismar, og eit sosialt nettverk rundt seg. Angsten og utryggleiken kan lettast om han sjølv har personlege måtar å meistre problema på. Ei datasamling som inneheld pasientens eigne ressursar rundt meistringsmekanismar og sosialt nærmiljø må dannast i samarbeid med pasienten og sjukepleiar, for å leggje opp eit behandlingsprogram saman (Hummelvoll, 2008). Omarbeidingsfasen til Cullberg (1997) er på si side framtidsretta, og beskriv det å godta den nye situasjonen, som for eksempel eit fysisk handikap relatert til ulykka. Gjenoppretting av det gamle livet i lys av ny lærdom trer i kraft, og åtferdsforstyrningar frå dei tidlegare sjokkfasane forsvinn (Cullberg, 1997). Eg ser ut ifrå desse kjeldene ei realistisk skildring av prosessen, som både kan forberede pasienten på tunge tider, men samstundes motivere til å sjå fram til ein ny og betre kvardag. Informasjon om erfaringane artikkelen belyser vil eg tru kan motivere pasienten til å meistre den tøffe tida han går i møte, med tanke på ein betre kvardag i framtida. På ei annar side kan det følast som å lure pasienten til ei falsk forhåpning om eit bekymringsfritt liv. Med tanke på at fleire utviklar

PTSD. Fuglesang et.al (2004) seier at 17 % av trafikkskadde stod til kriteria for PTSD etter ei oppfølging på 6-8 månadar.

Deltakarane i artikkelen om traumatisk vekst fortalte at dei sette seg eit mål, der dei brukte staheit, besluttsomheit og motivasjon for å halde positiviteten oppe (Turner og Cox, 2004). Dette er knytt til Travelbee sin teori om meistring og håp. Gjennom kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient kjem forholdet pasienten har til eit mål fram. Håp er knytt til meistring, og skil seg frå eit ønske ved at det er sannsynleg å oppnå. Det å finne meaning, mestre og bære erfaringar pasienten tileignar seg gjennom liding og sjukdom er sjukepleiaren si oppgåva å hjelpe med (Kristoffersen, 2005). Eit mål kan vere stort eller lite, men at sjukepleiar hjelper og motiverer pasienten når omarbeidingsfasen er satt i gang, til å setje seg eit større mål er viktig om pasienten sjølv ikkje har nok pågangsmot eller styrke. På ei annar side kan dei måla pasienten set seg sjølv vere vel så viktige. Eg kan tenkje meg at det å sette seg eit mål på den eine sida kan vere motiverande, men på den andre sida vere skremmande, då mykje kan stå i vegen for dette målet, og ein kan ha ei indre frykt for å ikkje nå det. Det å erkjenne eventuelle fysiske funksjonstap vil eg og tru er ein høg dørstokk å hoppe over når det gjeld å setje mål. Likevel må det til.

Kommunikasjon og menneske- til menneske forhold er i følgje Travelbee, beskriven i Kristoffersen (2005) like viktig sjukepleieaktivitet som det å utføre prosedyrar og gje fysisk omsorg (Kristoffersen, 2005). På ei annar side er hukommelsesbehandling med fokus på å lytte til pasienten i følgje cochrane studia vist å ikkje ha effekt (Roberts et. al., 2010). Eide og Eide (2007) på si side seier at aktiv lytting utan å forsøke å berolige eller dempe følelsar, kan hjelpe pasienten å slippe taket på intensiteten i følelsane, og bidra til nytt perspektiv og omarbeidinga av situasjonen (Eide og Eide, 2007). Dette støtter Hummelvoll (2008) og seier at pasienten må arbeide med å forstå og godta det som har hendt, og eventuelt akseptere nye verdiar og levemåtar. Denne ferske forskinga frå Roberts (2010) motseier mine erfaringar frå sjukepleiepraksisar, og livet elles, der eg verkeleg har fått inntrykk av at det å lytte til pasienten har positiv verknad. Det kan tyde på at det trengst meir forskning på feltet for å dokumentere denne samanhengen. Me må då ta i betraktning at det er snakk om psykologiske intervensjonar i løpet av ei tre månaders tid denne studien, og ikkje nødvendigvis direkte på den akutte fasen etter at ulykka har skjedd. Likevel kan ein dra linjer mellom desse to. Mi meaning i lys av Eide og eide (2007) og Kristoffersen (2005) sin teori er at lytting hjelper

pasienten til å tømme dei negative tankane sine og omarbeide hendinga, og at det er ei viktig sjukepleieoppgåve.

#### 5.4 Psykologiske seinvanskar og kommunikasjon

Slektskapen mellom missnøye med motteken støtte etter trafikkulykke og utviklinga av både PTSD og ASD var stor i studien til Fuglesang (2004). Både det å vere kvinne og det å oppleve sterk frykt under ulykkesepisoden er faktorar som statistisk sett fremjar sjansa for å utvikle PTSD. Det er ikkje alltid alvorret av den fysiske skaden som tilseier om pasienten utviklar psykiske seinvanskar (Fuglesang et.al 2004). Roberts (2010) seier på si side at psykologisk inngrep ikkje er å anbefala som rutine til alle pasientar etter ei traumatisk hending, då det kan ha uønska effekt på nokre individ (Roberts et.al, 2010). Beviste samvariasjonar mellom PTSD og depresjon og angst kan indikere til utvikling av PTSD. Depresjon var det viktigaste symptomet for å forutsjå PTSD i veke ein etter ulykka. Det same gjaldt angst i veke seks (Wang et.al, 2005). Når eg ser på denne informasjonen om kven som er mest utsett, og kva teikn ein bør sjå etter, i tillegg til at psykologiske inngrep kan verke mot si hensikt vert eg usikker på kvar eg skal styre mine kommunikasjonsretta tiltak som sjukepleiar. Kva bør ein sei, kva kan gje uønska effekt? Det er inga lett oppgåve å kunne forutsjå kven som vil utvikle PTSD. Først og fremst må ein ta i betraktning at psykologiske inngrep skal utførast av psykologar. Det er likevel viktig å kunne forutsjå symptom på PTSD, også for sjukepleiar, då det er dei som tilbringer tid med og rundt pasientane, og har ansvar for å dokumentere og vidare rapportere psykologiske tilstandar.

Psykologisk inngrep bør ikkje vere rutine for å førebyggja PTSD, då fleire kan ha negativ verknad av dette (Roberts et. al. 2010) Cullberg (1997) meiner faren med personell utan terapeutisk haldning i yrke der kriseramma stadig vert møtt, kan føre til at førebygging av psykologiske seinvanskar blir utelukka og at det kunn vert gjeve symptomatisk behandling. Vidare seier Cullberg (1997) at personalet må ha kunnskap om psykologiske og sosiale problem, empati, og sjølvinnsikt. Overflatisk behandling er resultat av pleiar sin mangel på terapeutisk holdning. Eigen innsats kan feilvurderast, og behandlinga ber meir preg av personleg forsøk på å flykte frå situasjonen, vanskelige konfrontasjonar, og det eigentlege arbeidet. Eg ser i tråd med Cullberg (1997) at helsepersonell på si side kan føle frykt for å trengje seg på og forverre situasjonen. (Cullberg, 1997)

Dette betyr etter mitt syn at sjukepleiar bør halde seg på eit ansvarleg nivå når det gjeld kommunikasjon med pasientar. Verken trekkje seg tilbake i frykt for å forverre situasjonen, eller gå for detaljert inn i psykologiske aspekt. Sjukepleiar bør som Travelbee (1966/2007) seier bli kjent med pasienten og hans behov for å kunne gje god og heilskapleg sjukepleie, som ikkje er overflatisk og upersonleg (Travelbee, 1966/2007). Eg meiner i tråd med hennar teori at sjukepleiar si evne til empati skal byggje opp under hennar sympatiske ønske om å hjelpe pasienten, både nonverbalt og verbalt. Ved haldning kan sjukepleiar formidle om ho deler pasientens bekymring, og hjelper å bære byrden, eller om ho ikkje bryr seg om korleis han har det. Opplevinga av sjukepleiaren si støtte og sympati kan vere vesentleg for pasientens håp og meistring i mange tilfeller (Kristoffersen, 2005).

### 5.5 Sjokkfase og tilrettelegging for eventuell vidare behandling

Behandling og identifikasjon i den tidlege fasen er viktig for å unngå å utvikle langvarige psykiske symptom (Wang et.al. 2005). Sjokkfase kan i følge Cullberg (1997) vare frå korte augneblikk til døgn. I den perioden held du verkelegheita på avstand, og er ikkje klar for omarbeiding. Alt kaos er skjult under overflata. Pasienten har som regel vanskar med å hugse periodar frå denne fasen i etterkant. Han kan opptre merkelig, eller vere heilt paralysert. Fastlåsing i dette verkelegheitsbrotet er sjeldan (Cullberg, 1997). Pasienten har behov for oversikt i situasjonen for å dempe angstfølelse ved for eksempel ubehagelige prosedyrar, smerte og trusselen for svikt og tap av fysisk funksjon. Angsten kan og styrkast av sårbarheita og avhengfølelsen av medisinteknisk utstyr og helsepersonell (Stubberud, 2010). Det kan virke nyttelaust å informere om og om igjen om noko som tilsynelatande ikkje vert forstått eller huska. Likevel støtter kjeldene ovanfor mitt syn på viktigheita av å gje informasjon og sørgje for dempa angstføling, til ei kvar tid. Det å informere pasienten i angstprega fasen om at den verste angsten høgst sannsynleg vil gå over trur eg kan vere ein beroligande faktor. Dette vil eg støtte opp under ved Wang (2005) sin påstand om at angst og depresjonsnivået hos pasientane hadde ein vesentleg nedgang frå veke 1 til 6. Høgt ASD/PTSD nivå viste derimot ingen stor nedgang (Wang et.al 2005). Sistnemnte utsegn meiner eg kan vere gunstig å vere obs på når det gjeld vidare utvikling av PTSD.

Roberts (2010) seier at blant dei som fikk psykologisk behandling for PTSD, var det ein trend at dei kom tilbake etter 3-6 månadar og sjølvrapporterte at dei hadde PTSD (Roberts et. al. 2010). Menneske sin måte å tilpasse seg miljøet, forventningar og krav kan føre til

undertrykking av følelsar. Det er viktig at følelsane får utløp i den akutte krisa. Krisa si akutte fase er sjokk og reaksjonsfasen. Forsvarsmekanismar vert i denne fasen mobilisert. Denne reaksjonsfasen vert ofte feilvurdert, og er vanskelig å identifisere. Sjukepleiar møter helst pasienten i medisinsk avdeling, eller psykiatrisk poliklinikk, der ein stor del er i sjokk/akutt krisesituasjon. Mange av desse kjem ofte tilbake etter ein månad med klage om søvnevanskar, angst eller psykosomatiske reaksjonar (Cullberg, 1997). Tross Cullberg (1997) og Roberts (2010) sine motseiande tidsrom viser dette at pasientar har vert obs på faren for utvikling av PTSD, og medfølgjande symptom. Dette meiner eg bekreftar viktigheita av å informere pasienten om vanlege reaksjonar og symptom på PTSD, meistringsstrategiar og kvar og kva tid han bør søke profesjonell hjelp. Det er viktig å bidra til at pasienten føler seg velkommen til å kontakte profesjonell hjelp så snart han føler for det. Dette baserer eg på grunnlag av Roberts (2010) si måling av pasientar som sjølvrapporterte PTSD.

## 6.0 Avslutning.

I denne litteraturstudien kjem det fram korleis sjukepleie kan bidra til at pasienten meistrar opplevinga av akutt kritisk traume, som ei trafikkulykke, med fokus på kommunikasjon, meistring og framtidsretta mål med Travelbee sin sjukepleieteori i botn. Førebuing av pasienten på post traumatiske lidingar og risikofaktorar, og det å hjelpe til å bevege meistringsstrategien i riktig retning ved kommunikasjon som reiskap er sentralt.

Oppgåva påpeiker viktigheita av at pasientens eigne mål og meistringsstrategiar er sentrale, men at motivasjon frå sjukepleiar i fleire tilfeller kan vera gunstig. Det sosiale støtteapparatet rundt pasienten er vesentleg for meistringsevna, men ofte må dei pårørande på si side ha hjelp til å meistre situasjonen. Behovet for å snakke om eksistensielle spørsmål og religion dukkar ofte opp i vanskelige livssituasjonar, noko sjukepleiar ikkje må oversjå, men ta opp i kommunikasjon med pasient om pasienten ynskjer dette. Pasienten kan etter ei trafikkulykke på best muleg måte meistre sin situasjon om sjukepleiar tek tak i eventuelle tidlege symptom på PTSD, dokumenterer og rapporterer dette. I tillegg kan sjukepleiaren sin kunnskap om det positive som kan komme ut av ei traumatisk krise vera meistringsfremjande for pasienten. Sjukepleiar må motivere til ein ny kvardag med nye moglegheiter, men samtidig gje pasienten eit realistisk syn på tunge tider han eventuelt har i vente. Ein må få pasienten til å føla seg spesiell og unik, tross den vanskelige situasjonen og den tunge tida som gjerne står pasienten i vente. Sjukepleiar må ha ei terapeutisk haldning og ha eit sympatisk ønske om å hjelpe pasienten. Tross travle arbeidsforhold bør sjukepleiar bruke kvar anledning effektivt til å lytte og bli kjent med pasienten og danne eit godt personleg forhold på eit profesjonelt plan. På denne måten kan sjukepleiar bidra til at pasienten meistrar opplevinga av akutt kritisk traume.

## 7.0 Kjelder

### 7.1 Teori

- Cullberg, J. (1997) *Mennesker i krise og utvikling* (3 rev. Utg.) Oslo: Aschehoug.
- Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4 Utg.) Oslo: Gyldendahl.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.) .) Oslo: Gyldendahl.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att gora systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Hummelvoll, J. K. (2008) *HELT – ikke stykkevis og delt* (4. utg.) Oslo: Gyldendahl.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009) *Sykdomslære, Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg.) Oslo: Gyldendahl.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. – A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie* (s. 126-127) Oslo: Gyldendahl.
- Stubberud, D.-G. (2010) Pasientens psykososiale behov I: Guldbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. *Intensivsykepleie* (s.55-73) Oslo: Akribe AS
- Stubberud, D.-G. (2010) Pasientens psykososiale behov I: Guldbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. *Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidsplass* (s.23,29) Oslo: Akribe AS
- Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K.M. Thorbjørnsen, overs.).Oslo: Gyldendahl. (Originalutg. 1966)

## 7.2 Artiklar

Fuglesang, A. K., Moergeli, H. & Schnyder, U. (2004) Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Nord J Psychiatry* 54: 223-229. Oslo.

Johnsen, G. E. (2009) Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser. *Utposten* 5, 2009

Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J. I. (2010) Multiple session early psychological intervention for the prevention of post traumatic stress disorder (review). *The Cochrane Library*, Issue 4.

Turner, de S. & Cox, H. (2004) Facilitating post traumatic growth. *Health and quality of life outcomes* 2: 34

Wang, C.-H., Tsay, S.-H. & Bond, A. E. (2005) Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of Advanced Nursing*. 52(1), 22-30

## 7.3 Bilete

Foto på framsida: Guri Norheim Storeide



## Vedlegg 1. Beskriving av resultat

Tittel, forfatter, år	Hensikt	Metode og datainnsamlings	Utval	Resultat	Diskusjon	konklusjon
<b>Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory</b>  Ching-Hui Wang, Shiow-Luan Tsay og A. Elaine Bond.  2004	Å undersøkje og følgje opp forholda mellom PTSD, angst og depresjon, saman med livskvalitet, hos trafikkskade offer.	I denne kohortstudien vart data samla inn i veke 1 og 6 etter ulykka. Data vart samla inn i 2002. Forskjellige skalaar vart brukt til å komme fram til eit resultat.	Det var 64 deltakarar frå to store medisinske senter i Taiwan.	Statistisk vesentlege forbetringar oppstod mellom veke 1 og 6 når det gjaldt angst og depresjon. Høgt PTSD nivå viste derimot ingen vesentleg nedgang. PTSD hadde positiv samvariasjon med både angst og depresjon, men negativ med livskvalitet. Depresjon var den viktigaste variabelen for å forutsjå PTSD i veke 6, då denne var sterkare enn i veke 1.		Resultatet fastslår at trafikkulykker har innverknad på menneske sin psykososiale velstand. Profesjonelle helsearbeidarar må iverksetta intervensjonar for å få nedgang i PTSD, depresjon og angst for å auke livskvaliteten til menneske som har vert offer for ei trafikkulykke.

## Vedlegg 2. Beskriving av resultat

Tittel, forfatter, år	Hensikt	Metode og datainnsamling	Uttal	Resultat	Diskusjon	konklusjon
<b>Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory</b>  Anette Kjær Fuglesang, Hanspeter Moergeli og Ulrich Schnyder  2004	Å redegjere for sjuklegheita ved ASD og PTSD hos trafikkskadde. Å finne uavhengige symptom knytt til PTSD og ASD.	Ei kohortstudie. Sjølvrapporterande undersøkjing Skalaar vart brukte for å vurdere resultata.	Kriteriar for deltakelse var alder mellom 18 og 60, og å ha vore i kontakt med akuttavdeling relatert til ulykka. 236 pasientar som var innom akuttavdelinga denne 2,5 månadars perioden, fikk tilbudet om å vere med på undersøkjinga. 51,7% svara på spørjeskjema. alvorlegheita av skaden var betydelig større hos dei som valgte å delta.	PTSD vart vurdert etter ei oppfølging på 6-8 mnd. 28% fikk diagnosen ASD. 17 % stod til kriteriane for PTSD. ASD kunne berre førutsjå 50% av dei som utvikla ASD.	Alvorsgrada av ulykka samsvarar ikkje det nødvendigvis med ASD symptom-nivået. Ein grunn kan vere trusselen i seg sjølv som utviklar ASD, ikkje skaden. Eit visst antal stressyndrom kan vere vanleg.	Det bør ikkje kun komme an på alvorlegheitsgrada av den fysiske skaden når ein vurderer kven som treng ytterlegare psykisk støtte. Missnøyet med mottatt støtte i den akutte ettertid av traumet er betydelig slekta til utvikling av både PTSD og ASD. Understrekjer viktigheita av å mobilisere sosial stønad umiddelbart etter ulykka.

### Vedlegg 3. Beskriving av resultat

Tittel, forfatter, år	Hensikt	Metode og datainnsamling	Uttal	Resultat	Diskusjon	konklusjon
<b>Multiple session early psychological intervention for the prevention of post traumatic stress disorder (review)</b>  Roberts NP, Kitchner NJ; Kenardy J, Bisson JJ  2010	Målet med denne studien var å finne effektiviteten av fleirtima psykologiske inngrep påbegynt innan tre månadar etter traumatisk hending for å førebyggje PTSD.	Cochrane studie. Data vart innsamla og analysert v.h.a. dataprogram. Kvaliteten vart vurdert av to oversikts forfattarar.	11 studiar vart evaluerte. Det vart gjort metaanalyse av 8 av desse studiane. Single behandlingstimar vart ekskludert.	Ingen merkbar forskjell mellom kontroll og behandlingsgrupper ved innleiande resultat. Det var ei økt tend å sjølvrapportere symptom på PTSD i 3-6 mnd. To studier samanlikna ei minnebasert behandling mot å lytte. Dei kom fram til at det var ueffektiv behandling.		Det vert føreslått at psykologisk inngrep ikkje skal vere anbefala som rutine etter traumatisk ulykke, verken einslege timar eller rekkjer med behandlingstimar. Dei kan i tillegg har ei uønska effekt på nokre individ.

#### Vedlegg 4. Beskriving av resultat

Tittel, forfatter, år	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat	Diskusjon	konklusjon
<b>Facilitating post traumatic growth</b>  De Sales Turner and Helen Cox  2004	Hensikta med denne studien var å setje lys på personleg vekst i etterkant av ei traume.	Kvalitativ studie med fordjupande intervju som har blitt spelt inn under intervjuet. Resultata vart ordrett nedskrivne, for deretter å bli tematisk systematisert. Dette for å få emd unike detaljar frå deltakarane sine opplevingar	13 deltagarar. Dei hadde vore i eit rehabiliterings program i over 12 mnd., etter ein traumatisk skade. Var under studien ferdige med programmet. Aldersavgrensinga var mellom 18 og 35 år.	Hovudfunna i resultatet er at ved posttraumatisk vekst var ”styrken av viljestyrke” og ”endra perspektiv” mest relevante. Omgjevnadane rundt ei traumatisk hending aktiverte dei til å utvikle nye perspektiv på livet, og å leve.	Det er fokus på oppriktig lyst til nå nye høgder og prestasjonar. Uvisst kor vanleg denne reaksjonen er. Det blir konkludert at deltakarane hadde ei realistisk forståing, og ikkje naivt syn. Økt perspektiv på godane livet har å tilby. Ønska oppfordring til å stå på, ikkje negative utsegn om tvilande forventningar.	Det er fleire bidrag helsepersonell kan komme med for å fremje gjenoppbygginga av personar som har blitt traumatisk skadd. Dei kan hjelpast å få nye syn på sårbarheit og styrke, endra personlege forhold, og leggje til rette for filosofisk, fysisk og åndeleg vekst.